Rok XXXIV. Kraków 8. Czerwca 1895 r. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
[illegible]

Administracya:
Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam [illegible] des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Pol[illegible], w **Warszawie** księgarnia pp. Geb[illegible] p. Adam 81, rue des Saints Pères, **w Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 187. Clinton and 180, Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
[illegible]

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „	40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „	20 „	„ $1^1/_2$ „	„ [illegible] „	„ 6 „

I. Przyczynek do nauki o ropieniach śródpiersia tylnego i ich leczeniu *(mediastinitis postica).*

Podał

Prymaryusz Dr. Ziembicki.

(Podług wykładów mianych na VII. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 25. Lipca 1894 roku i w Towarzystwie chirurgów w Paryżu 13. Marca 1895 roku).

Na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie przedstawiłem jako wyleczoną kobietę dotkniętą poprzednio ropieniem śródpiersia. Katastrofa niespodziewana, którą się zakończył w miesiąc później ten chirurgiczny dramat, dała mi dużo do myślenia, zmieniła poniekąd poglądy, jakie przedstawiłem Zjazdowi a wykonana przez prosektora Dra Krokiewicza sekcya uzupełniła i oświeciła do tego stopnia rzecz całą, że nie wahałem się wykład ten już znacznie obszerniejszy i przeistoczony ponowić 13. Marca 1895. w Paryżu wobec Tow. chirurgicznego, w pamiętniku, który niebawem wyjdzie drukiem.

Mimo żywego zainteresowania się moich kolegów francuskich, nie byłbym prawdopodobnie zdobył się na przekład w języku polskim, gdyby nie mylne sprawozdanie, jakie o tem zdarzeniu zamieścił w skróceniu *Przegląd lekarski* w Nr. 15. z r. 1895. str. 228. Wynika bowiem z niego, że na chorej T. Majewskiej otworzyłem śródpiersie metodą Nasiłowa, gdy przeciwnie oświadczyłem z naciskiem, że chociaż miałem ten zamiar, jednak metody tak zwane konserwatywne wystarczyły. Aby więc nie wprowadzić do literatury dość grubej pomyłki, postanowiłem wykład w całości ogłosić także w *Przeglądzie lekarskim.*

Panowie!

Zabierając głos w sprawie ropni śródpiersia, nie łudzę się nadzieją, abym ciemny ten punkt chirurgii współczesnej na jasne i pewne już zwrócił pole. Nie przynoszę rozstrzygających danych, ale chcę skierować uwagę Kolegów na sprawę patologiczną dość rzadką, chociaż odnośnych rozdziałów nie brak w żadnym z podręczników niemieckich lub francuskich, jakiemi rozporządzamy. Organ Tow. chirurgów paryskich, z ostatnich lat tak ruchliwy i bogaty, nie zawiera ani jednego opisu podobnego przypadku, z wyjątkiem teoretycznej pracy Quenu i Hartmanna, ja sam zaś rozporządzający niezmiernie bogatym materyałem, obserwowałem w przeciągu 12 lat tylko trzech chorych, dotkniętych tą ciężką chorobą.

I rzeczywiście, jak to słusznie przytaczają Tillmanns i Koenig, rokowanie jest niezmiernie groźne a metody leczenia nie wystarczające i nie stojące wcale na wysokości dzisiejszych postępów chirurgii.

Przedewszystkiem oświadczam na wstępie, że w wykładzie dzisiejszym ograniczę się tylko do ropni śródpiersia tylnego, biorąc za podstawę dawno przyjęty w anatomii topograficznej podział śródpiersia na przedni i tylny. Dzisiejsi niemieccy anatomowie nie uznają tego podziału i opisują tylko jedno śródpiersie. Myśl ta może słuszna, ale nie pod względem klinicznym, gdyż klinika zupełnie potwierdza dawny podział anatomiczny. I w rzeczy samej, jeśli ropień powstający w tak zwanym *spatium praeviscerale* Henkego będzie się posuwał ku dołowi, to powięź środkowa szyjna musi skierować go na boki lub ku tylnej ścianie trzonka kości mostkowej *(manubrium sterni).* Będziemy też w stanie cięciem międzyżebrowem lub trepanacyą ropień taki otworzyć. Podobnie rzecz się ma po wyjęciu wielkich wolów głęboko sięgających poza mostek, jeśli nie zdołaliśmy zapobiedz ropieniu tej kryjówki.

Zapalenia tkanki łącznej śródpiersia przedniego mają więc swoistą cechę i dodać muszę, przedstawiają o wiele mniej niebezpieczeństwa. Inaczej rzecz się ma, gdy chodzi

o ropienie śródpiersia tylnego. Jeśli zapalenie miało źródło swe na szyi, w tak zwanym *spatium retroviscerale* Henkego, wtedy posuwać się będzie z góry na dół poza tylną powięzią wzdłuż tkanki łącznej przedkręgowej i przełykowej i może spuścić się aż do przepony a nawet i dalej.

Na mocy tych przykładów mamy prawo odróżniać kliniczne sprawy zapalne śródpiersia tylnego i przedniego, chociaż przyznać trzeba, że w dalszych stadyach choroby rozdział taki już się przeprowadzić nie da i jak to niedawno widziałem, sprawa sięgała od tylnej ściany mostka aż do kręgosłupa (*panmediastinitis*).

Przystępuję teraz do opisania szczególnego przypadku, który ma służyć za podstawę mojego wykładu.

Dnia 17. Maja 1894. przyjętą została wieczorem do oddziału chirurgicznego szpitala lwowskiego T. Majewska, stróżka, licząca lat 31. Jedząc rano tego samego dnia kaszę, uczuła przy połykaniu pewien ból a gdy bolesność po upływie kilku godzin nie zmniejszała się, udała się na stacyę ratunkową. Zbadano ją i kilka razy zapuszczono sondę przełykową. W tej chwili zdawało się pacyentce, że „głęboko w gardle coś się rozdarło". Ból się wzmógł, chora podążyła do szpitala. Nazajutrz rano asystent stwierdził pewną trudność w połykaniu, ciągłe nudności, trochę kaszlu i chrypkę. Badanie zewnętrzne i badanie przełyku niebolesne. Wynik wziernikowania ujemny. Gorączka: 37·3, stan ogólny, dobry.

Gdy powróciłem z kilkudniowej podróży, zastałem chorą znacznie gorzej się mającą i uderzyły mię, prócz wyżej opisanych, następujące trzy główne objawy:

1) Silna gorączka, podnosząca się wieczorem.

Temperatura . . $39._2$ — $39._3$ — $40._0$ — $40._1$ (21. Maja)
Puls . . . . 90 — 115;

2) Wstrętne cuchnienie z ust;

3) Osobliwy kształt i osobliwa konfiguracya szyi, która nie przedstawia nigdzie obrzęku ograniczonego lub dającego się podejrzywać ogniska.

Obraz nie podobny do tego, który widujemy przy *angina Ludwigii* lub przy ropniach ostrych, pochodzących od gruczołów (*adenophlegmone*), nigdzie zlokalizowanej bolesności lub częściowego *oedema*, skóra nie zaczerwieniona, ale cała szyja widocznie w swym obwodzie powiększona, fałdy wypełnione (obrzęk *en masse*). Wziernik wykazuje znaczne zaczerwienienie tylnej ściany przełyku i wyższych części krtani. Badanie palcem jest bolesne, ale na przedniej ścianie kręgów nigdzie nie można wykazać chełbotania. Objawy przedmiotowe: kaszel, chrypka, dławienie, *dyspnoë*.

Rozpoznaję:

Phlegmone septica praevertebralis colli probabiliter e corpore alieno et perforatione pharyngis et oesophagi orta.

Natychmiast przystępuję do operacyi 21. Maja rano. Cięcie prowadzę, jak przy ezofagotomii zewnętrznej po lewej stronie. Zaledwie otworzyłem sondą głęboką powięź szyjną i t. zw. *spatium retroviscerale* Henkego, natychmiast buchnął obfity strumień ropy niezmiernie cuchnącej, która później badana wykazała obecność pneumokoków Friedlaendera i gronkowców białych.

Posuwając się w poprzek i wzdłuż przełyku, dotarłem aż do przedniej ściany kręgów lekko obnażonych a w głębi wielkiej jamy udało mi się namacać ciało obce i wydobyć je za pomocą kleszczy zakrzywionych, długich. Była to kość płaska, trójgraniasta, podobna zupełnie do ostrza uretrotomu Maisonneuva. Badanie dalsze przekonało mię, że nie można dojść palcem do dna tego ropnia, który sięga głęboko w śródpiersie tylne i za pomocą odpowiedniej sondy obliczyłem, że jama wynosi jeszcze około 12 do 13 cm. od górnego otworu klatki piersiowej do spodu. Następnie oczyszczam pole operacyjne, tamponuję lekko gazą, maczaną w glicerynie jodoformowej i rokuję jak najgorzej.

W przeciągu dni następnych gorączka opada do 38°, ale zawsze podwyższa się wieczorami. W tydzień po operacyi ciepłomierz wykazuje jeszcze 39°. Odpływ ropy widocznie nie wystarczający.

Przyszła mi wtedy myśl ułożenia chorej w pozycyi Trendelenburga, z długim drenem, którego jeden koniec głęboko leżał w śródpiersiu, drugi zaś zatopiony był w naczyniu napełnionem roztworem sublimatu.

Od tej chwili odpływ ropy ułatwił się znacznie, polepszenie widoczne z każdym dniem, gorączka opada: waha się od 36·7 do 37·5° w czasie od 27. Maja do 14. Czerwca.

Ale chora, mimo przerw kilkugodzinnych, nie może już znosić ułożenia niskiego głowy i dostaje uderzeń krwi i zawrotów; stan jednak polepsza się znakomicie.

Dnia 15. Czerwca raptem gorączka idzie w górę do 39·5°. Nowe powikłanie: *Otitis media sinistra*. Ropienie z śródpiersia większe.

Stosuję dren-lewar (Bülau), który tak znakomite oddaje usługi przy leczeniu wypocin ropnych opłucnej. Z głębi śródpiersia, przebijając opatrunek, dren wpuszczony do flaszki, napełnionej sublimatem; flaszka zaś przywiązana do paska pacyentki, znajduje się znacznie niżej, niż poziom śródpiersia. Akcya lewaru jest ciągłą, chora chodzi z tym aparatem a ilość wydzielanej dziennie ropy wynosi do 150 gramów. Gdy chora leży, stosownie niskie ustawienie flaszki, zapewnia także dobry odpływ i regularne działanie przyrządu. Skutek był rychły. Temperatura spadła wkrótce poniżej normalnej, rana zaczęła się zwężać i pokrywać granulacyami, chorej zaś z każdym dniem przybywało sił i ciała.

Zresztą przez cały czas pobytu chorej w szpitalu, karmiono ją za pomocą sondy trzy razy na dzień.

W tych okolicznościach wydzielina ropna zmniejszała się znacznie, pacyentka chodziła jeszcze z swoją flaszką, ale zaczęto powoli dren skracać, aż nareszcie 14. Lipca uznano za stosowne dren usunąć zupełnie.

Z długiej, zewnętrznej rany, została wkrótce mała przetoka, przez którą sączyło się trochę śluzu skąpo z ropą zmieszanego, lub parę kropel wody, jeżeli dla próby dozwalano pacyentce napić się bez sondy. (Dokończenie nastąpi).

II. O drżeniu oczu (*nystagmus*).

Napisał
Dr. Adam Langie,
I. asystent kliniki okulistycznej Uniw. Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

Przechodzę teraz do grupy drugiej.

Tutaj należą przypadki drżenia óczu, spotykanego zazwyczaj u dzieci lub w ogóle młodych osób, u których istnieje albo jakaś wada utworowa w oczach, albo zmiany we wczesnym wieku niemowlęcym nabyte, upośledzające wzrok w większym lub mniejszym stopniu. Ten rodzaj drżenia óczu jest najczęstszym. Przyczynę upatrują tu wszyscy w upośledzeniu bystrości wzroku, w wieku bardzo wczesnym. Spotykamy je

więc często u albinosów. Zehender n. p. twierdzi, że nie widział nigdy albinosa bez drżenia ócz, choćby niskiego stopnia. Dalej w przypadkach zaćmień środków łamiących oka, jak plamy rogówkowe lub zaćma częściowa, w przypadkach niedowidzenia bez tła anatomicznego (*amblyopia congenita*), w przypadkach *coloboma choroideae*, *microphthalmus congenitus*, *retinitis pigmentosa*, w przypadkach wad refrakcyi wysokiego stopnia, zwłaszcza niezborności i t. d. Tego rodzaju przypadki i w naszej klinice często spotkać można. *Nystagmus* ten bywa najczęściej obuoczny, chociaż znane są przypadki, w których występował tylko na jednem oku. Zehender, Soelberg, Wells, Graefe i inni opisali także drżenie jednego oka, występujące zawsze jako drżenie pionowe; w tych wszystkich bystrość wzroku upośledzoną była na oku dotkniętem drżeniem, na drugiem prawidłową. Te przypadki drżenia jednostronnego sprzeciwiają się twierdzeniu Arlta, jakoby ono nie mogło wystąpić nigdy, jeżeli jedno oko ma prawidłową bystrość wzroku.

Na odwrót, jeżeli jedno oko ma bystrość wzroku upośledzoną a drugie jest całkiem ślepe, nawet poczucia światła pozbawione, to ono też bierze udział w drganiach tamtego, na niem także występuje *nystagmus*. Podobny przypadek mieliśmy niedawno w klinice. Spotkać też możemy drżenie nawet na oczach zupełnie ślepych (i taki przypadek już widziałem), jeżeli oślepły we wczesnej młodości, ale jeśli ślepotę poprzedził okres niedokładnego widzenia (Zehender); tu jednak ostrzedz muszę przed uważaniem za *nystagmus* tych ruchów powolnych, bezcelowych, jakie wykonywają oczy ślepo od urodzenia lub później oślepłe.

Co do formy tego drżenia, to najczęstszem jest poziome, czasem kołowe. Nakonz opisał jeden przypadek *n. diagonalis* a n. p. w wyczerpującej pracy Böhma nie ma nawet wzmianki o *nystagmus verticalis*, równie jak w dobrej pracy Kugla. Że jednak ta postać drżenia także jest możebną, dowodzą powyższe przypadki drżenia jednoocznego. We wszystkich przypadkach tej grupy drżenie nie jest wrodzone, lecz nabyte, jakkolwiek Wecker[15]) opisuje drżenie u dziecka 3-miesięcznego, które według stanowczego twierdzenia rodziców istniało od urodzenia.

Ten rodzaj drżenia trwa z małymi wyjątkami przez całe życie, ponieważ przyczyna wzrok upośledzająca rzadko da się usunąć.

Nie ulega wątpliwości, że w tej grupie przyczynę drżenia upatrywać musimy w upośledzeniu bystrości wzroku, trwającem od urodzenia lub nabytem wcześnie po urodzeniu (w pierwszym roku życia). W jaki sposób to niedowidzenie daje powód do drżenia ócz, to mimo rozmaitych przypuszczeń nie jest jeszcze całkiem wyjaśnionem. Pewnem jest tylko, że żadne upośledzenie wzroku, chociażby lata trwające, ale nabyte w późniejszym wieku nie wywołuje drżenia ócz, jak z drugiej strony nie każde niedowidzenie wrodzone lub we wczesnem dzieciństwie nabyte, musi koniecznie pociągnąć za sobą drżenie ócz. Arlt w swoim podręczniku tłómaczy powstawanie takiego drżenia ócz w następujący sposób. W przypadkach wrodzonego lub wcześnie nabytego niedowidzenia wrażenia, jakie mózg dziecka od siatkówki odbiera, są niedostateczne; dziecko widzi niedokładnie, chce więc spotęgować wrażenia i w tym celu powstają u niego szybkie drgania gałek ocznych, aby obrazek przedmiotu padł kilkakrotnie na tę samą część siatkówki. Tłómaczenie swoje opiera Arlt na znanem zjawisku fizyologicznem. Jeżeli jakiś drobny przedmiot znajduje się poza granicą dokładnego widzenia, to człowiek prawidłowo widzący nie zobaczy go, dopóki przedmiot będzie nieruchomym, przeciwnie uda mu się go zaraz dostrzedz, jeżeli przedmiot ten zacznie wykonywać ruch; teraz wrażenia, jakie odbiera siatkówka, sumują się i pożądany skutek w ośrodkach wzrokowych łatwiej może być wywołanym.

Böhm, który się dużo sprawą drżenia oczu zajmował i jeszcze w roku 1857 ogłosił cenną o nim pracę, inne podaje tłómaczenie. Obwinia on czynniki dynamiczne. Na tej podstawie, iż obok drżenia ócz, często można spotkać zez, twierdzi Böhm, że w przypadkach drżenia ócz zawsze jest skrócony m. prosty wewnętrzny oka mającego lepszą bystrość wzroku, przez to jego przeciwnik, m. prosty zewnętrzny jest naciągnięty, wydłużony i osłabiony. Jeżeli chory chce widzieć jakiś przedmiot, to instyktownie nastawia nań oko lepiej widzące i utrzymuje je w tem położeniu dopóty, dopóki się wpatruje.

Zadanie to dla osłabionego m. prostego zewnętrznego jest za wielkie, jest on niejako przeciążony pracą i popada wskutek tego w drgania kloniczne, jak to można widzieć na każdym mięśniu, któremu każe się przez czas dłuższy wykonywać pracę zbyt wielką na jego siły. A ponieważ ruchy ócz są skojarzone, przeto drgania jednego oka udzielają się drugiemu i powstaje drżenie obuoczne. Tem też tłómaczy Böhm dlaczego zawsze, zdaniem jego, da się wynaleść taki kierunek linii widzenia, czyli innemi słowy takie miejsce w przestrzeni dla przedmiotu, że *nystagmus* jeśli przy tem nie ustaje całkowicie, to przynajmniej widocznie się zmniejsza. Chodzi tu bowiem tylko o to, żeby przedmiot tak umieścić przed oczyma chorego, żeby zwrócenie nań oka ze skróconym mięśniem prostym wewnętrznym było najłatwiejszem i najmniejszego wymagało natężenia ze strony m. prostego zewnętrznego. Teorya ta jednak nie tłómaczyłaby nam wcale drżenia oczu całkiem oślepłych, bo i tu przecież odpada ów bodziec dla m. prostego zewnętrznego w interesie dokładniejszego widzenia. Prócz tego Nakonz przedsięwziął szereg doświadczeń, które to zapatrywanie Böhma obalają, lecz roztrząsanie tego za dalekoby nas doprowadziło.

Alfred Graefe[16]) w rozdziale o *nystagmus* przyznając, iż niedowidzenie, bardzo wcześnie nabyte, daje powód do niego, przypuszcza, że ono samo jednak nie wystarcza, że musi tu jeszcze odgrywać rolę jakieś zboczenie w mięśniach ocznych, do drżenia ócz usposabiające. Za tem przemawiają niektóre okoliczności, że tu tylko przytoczę rzecz znaną, że niedowidzenie wrodzone lub wcześnie nabyte nie wywołuje zawsze drżenia oczu, że naodwrót widzimy czasem drżenie ócz przy bardzo nieznacznem upośledzeniu wzroku a nawet, lubo wyjątkowo, przy wzroku zupełnie prawidłowym (oczywiście nie mówiąc o *nystagmus* górników). Przeciw zdaniu Arlta, jakoby drganie ócz miało na celu łatwiejsze dostrzeganie przedmiotów świata zewnętrznego, przemawia według Graefego ta okoliczność, że nierzadko

[15]) Traité des maladies des Yeux. t. II. p. 478.

[16]) Handbuch. Graefe-Saemisch.

obok drżenia ócz spotykamy i drgania głowy, drżeniu ócz wprost przeciwne a zatem jak gdyby drżenie ócz kompensujące, co byłoby niepotrzebnem, jeśliby właśnie *nystagmus* przyczyniał się do lepszego widzenia. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiellońskiego pod kierunkiem prof. Dra Jordana.

W sprawie przeszczepialności raka [1]).

Podał

Doc. Dr. Aleksander Rosner,
1-szy asystent.

Ou il faut renoncer a la chirurgie du cancer, ou nous devons, ici comme ailleurs à travers les insuccès et les déboires inévitables pour suivre les cas heureux, qui peuvent nous consoler des autres.

Richelot.
(L'hystérectomie vaginale).

Pisząc niedawno o nowo proponowanym przez profesora Jordana sposobie wyjmowania macicy dotkniętej rakiem przez pochwę za pomocą termokauteru, wspomniałem tylko pobieżnie o przypadku niewątpliwego przeszczepienia raka podczas zabiegu krwawego a trzymając się ściśle tematu, zaledwie kilku słowami dotknąłem sprawy przeszczepialności raka. Przypadek zrządził, że od czasu tamtej publikacyi miałem sposobność po raz drugi obserwować skutki implantacyi nowotworu na świeżą ranę operacyjną. Chciałbym więc dziś opisać dwa te — bądź co bądź nieczęste — przypadki i na podstawie piśmiennictwa, z którem miałem sposobność się zapoznać, zastanowić się nad dwoma pytaniami: 1) Jakie wnioski ma prawo wysnuwać z przeszczepialności raka nauka teoretyczna a 2) do jakich konkluzyj i do jakiego postępowania ma obowiązek dojść względnie dążyć wobec tej okoliczności medycyna praktyczna, operacyjna. Roztrząsając to drugie pytanie, ograniczę się do stanowiska operacyjnej ginekologii.

Przypadek I-szy: M. J., lat 28, religii rzymsko katolickiej, ze Słomnik, (Nr. prot. gin. z r. 1893/4. 137.) przyjęta do kliniki 13. Czerwca 1894 r.

Rodziła dwa razy, ostatni raz przed 7-miu miesiącami prawidłowo. Obecnie karmi dziecko. Ma od czterech miesięcy krwawienia i białe upławy brudne. Krwawienia te bywają czasami obfite tak, że wypływają skrzepy krwi. Bóle w krzyżach, które trapiły ją przez 3 miesiące, ustały przed miesiącem. W oddawaniu moczu i stolca żadnych zaburzeń.

Stan obecny: Niedokrewność, budowa dobra, odżywienie podupadłe. W pochwie twór kalafiorowaty, wychodzący z bocznej prawej ściany pochwy niedaleko sklepienia, kruchy, łatwo krwawiący, wielkości jaja kurzego. Szyja i trzon macicy zachowują się pod każdym względem prawidłowo, trzon nieco mniejszy, jak to wydarza się u karmiących. Niewątpliwie mamy do czynienia z pierwotnym rakiem pochwy a mianowicie z papilarnym kankroidem, jak to zresztą po zabiegu wykazało badanie drobnowidowe, wykonane w zakładzie anatomii patologicznej. Nazajutrz po przyjęciu chorej przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Narkoza, dokładna desinfekcya pochwy. Odsłonięcie wziernikiem Martina i ściągnięcie nowotworu ku szparze sromnej. Ponieważ rozchodziło się o dokładne, o ile być może, radykalne usunięcie raka i szybkie zatamowanie krwotoku, przeto wykonałem dla uprzystępnienia sobie pola operacyjnego obustronną epizyotomię. Zabieg poszedł gładko. Ranę pochwową i obie rany sromne po dokładnem opłukaniu sublimatem 1‰ zaszyto jedwabiem.

Badanie histologiczne w zakładzie anatomii patologicznej wykazało, że nawrót cierpienia jest nieuchronnym; w wiotkiej tkance łącznej, w której nowotwór oddzielono od podstawy, znaleziono ogniska rakowe.

W ciągu leczenia tylko lewa rana sromna zgoiła się doraźnie *(per primam)* rana po epizyotomii prawej i pochwowa goiły się przez ziarninę, jednak tak szybko, że chora już 2 Lipca 1894. mogła opuścić klinikę.

11. Października zgłosiła się chora powtórnie do kliniki z nawrotem cierpienia. Opowiada przytem, że już w miesiąc po wyjściu z kliniki zauważyła na prawej wardze sromnej trzy guzki, które szybko rosnąc, zlały się wkrótce ze sobą w jeden guz większy. Ma teraz bóle w krzyżach i jest bardzo osłabiona. Wejrzenie pacyentki jest obecnie znacznie gorsze, kachektyczne.

Badanie części rodnych wykazuje na wardze sromnej większej prawej, w części dolnej, w miejscu odpowiadającem epizyotomii guz kalafiorowaty większy od jaja kurzego, kruchy, łatwo krwawiący, wychodzący wyraźnie z blizny po przecięciu sromu. Zewnętrzny koniec blizny niezajęty nowotworem wysuwa się z popod niego. W pochwie również nawrót raka miejscowy, oddzielony od guza sromnego szerokim pasem zdrowej, niezajętej przez nowotwór błony śluzowej. Pacyentka wie tylko o guzie na sromie i jest tym nawrotem bardzo przygnębiona. Nie chcąc jej odbierać nadziei i zatruwać ostatnich chwil życia, postanowiliśmy usunąć ten guz nie tykając nawrotu pochwowego. Zabieg ten wykonałem 15. Października 1894 r. Usunięty guz poddałem badaniu drobnowidowemu po ustaleniu w sublimacie (wysycony roztwór wodny) i zatopieniu w parafinie. Skrawki barwiłem hematoksyliną, eozyną, safraniną lub karminem. Nowotwór przedstawia się jako rakowiec *(cancroid)* z bardzo ładnemi ogniskami Waldeyerowskiemi. Starałem się przekonać, jaki jest związek nowotworu z blizną; w preparatach nie trudno też było znaleść bliznę a wśród niej niewielkie ogniska nowotworu. Skrawki te był łaskaw przejrzeć P. Rektor Browicz, przyczem wypowiedział zdanie, że aczkolwiek badanie drobnowidowe tych skrawków nie może wyjaśnić, czy nowotwór wyszedł z blizny, czy w nią wrósł, to przecież uwzględniając historyę choroby naszej pacyentki, musi się nabrać przekonania, że mamy tu do czynienia z niedwuznacznym przypadkiem wszczepienia raka podczas operacyi; badanie zaś mikroskopowe, wykazujące rzeczywiście ogniska w bliźnie, żadną miarą temu zapatrywaniu sprzeciwiać się nie może.

Przypadek drugi, podobny do pierwszego, różni się od niego przedewszystkiem tem, że nie jest tak dokładnie obserwowany i że z przyczyny niezawisłych odemnie okoliczności, nawrót powstały z wszelkiem podobieństwem do prawdy również przez wszczepienie, nie mógł być badanym drobnowidowo.

Pacyentka M. S., lat 51. licząca, zamężna, zauważyła, że od kilku tygodni po każdem spółkowaniu pojawia się krew z części rodnych. Wezwany z początkiem Marca do pacyentki, przekonałem się, że chora dotknięta jest rakiem szyi macicznej dość daleko posuniętym, nie odbierającym jednak nadziei doszczętnego usunięcia. Przyjęta 7. Marca do kliniki, poddana została operacyi nazajutrz. Kolega Kośmiński, który chorą operował, miał do walczenia z poważnemi trudnościami; pokazało się bowiem dopiero podczas zabiegu, że więzy maciczno-krzyżowe a częściowo i tkanka łączna okołomaciczna zajęte były nowotworem. Dla ułatwienia sobie dostępu, zmuszony był kol. Kośmiński wykonać epizyotomią prawą. Chorą, która wkrótce po zabiegu została przewieziona do domu, odwiedziłem kilkakrotnie. 9. Kwietnia badał ją również kol. Świtalski. Otóż przedewszystkiem można było

[1]) Obszernej, 85 dzieł i rozpraw przytoczonych przez autora obejmującej literatury nie możemy niestety umieścić dla braku miejsca. (Przyp. red. *Przegl. lek.*).

zauważyć, że nawrót cierpienia rozwija się nadzwyczajnie szybko i naraz w bardzo dużym obszarze. Już w pierwszych dniach Kwietnia cała tylna ściana pęcherza odsłonięta podczas operacyi zajęta była naciekiem nowotworowym a tkanka łączna okołomaciczna po obu stronach, przedstawiała również naciek zbity jednostajny, podobny do zapalnego. Przestrzeń powstałą przez wyjęcie macicy wypełniały masy rozpadającego się nowotworu. Około 5. Kwietnia zaczął odchodzić mocz bezwiednie z powodu przetoki nowotworowej. 19. Kwietnia wezwany do pacyentki, znalazłem ją bardzo wyniszczoną, przekonałem się o jeszcze większym rozroście nowotworu, ale nadto oglądając niezupełnie jeszcze zgojoną ranę po epizyotomii, zauważyłem ciekawy szczegół. Oto wśród bladej, małej ziarniny w górnej części rany znajduje się guzek wielkości fasoli, od otoczenia twardszy, kruchy, krwawiący, barwy blado-sinawej. Guzka tego nie mogłem wyciąć, gdyż pacyentka z trudem do operacyi namówiona i srodze w nadziejach swoich zawiedziona, o żadnym zabiegu słyszeć nie chce, wnosząc jednak z wejrzenia, zbitości i z wszelkich towarzyszących okoliczności, nie wahałbym się utrzymywać, że guzek ten jest pochodzenia rakowego. Dnia 8. Maja widziałem pacyentkę ponownie. Guzek powiększył się wyraźnie, zaś ziarnina pokryła się przyskórkiem, przez co wyróżnia się on tem bardziej od otoczenia. Bardzo szybki rozwój nawrotu na tylnej ścianie pęcherza i w tkance okołomacicznej, jak niemniej jego cechy zgadzające się dokładnie z charakterami Winterowskiego *Impfrecidiv* przemawiają w tym przypadku za przeszczepieniem raka.

Czy ta postać nawrotów jest częsta, trudno udowodnić, to jednak wydaje się pewnem, że jest możliwa, bo w ogóle sprawa przeszczepialności raka nie ulega dziś żadnej wątpliwości. Już samo tworzenie się przerzutów za pośrednictwem naczyń limfatycznych i krwionośnych jest właściwie wszczepieniem się przeniesionych cząsteczek nowotworu w zdrowe dotąd tkanki. Cały szereg spostrzeżeń klinicznych i anatomopatologicznych dowodzi, że u człowieka dotkniętego rakiem, mogą powstawać ogniska tego nowotworu i w inny sposób, nie w postaci zwykłych naczyniowych przerzutów. I tak zdarza się niewątpliwie, że cząsteczki raka oderwane od głównego ogniska mogą się gdzieś na powierzchni skóry, błony śluzowej lub surowiczej osadzić, przyjąć i rozróść w nowe ognisko; znane są dalej przypadki tak zwane *Contact krebs*, t. j. raka, który powstał na błonie śluzowej, skórze lub błonie surowiczej w miejscu, które stykało się czas dłuższy z pierwotnem ogniskiem rakowem.

Już Virchow zwraca uwagę na to, że w przypadkach raka żołądka, który przerósł otrzewnę, nowotwór rozsiewa się czasem po otrzewny i to w ten sposób, że mimowoli nasuwa się myśl, że z głównego nowotworu odrywają się cząstki, spadają po gładkiej otrzewnie i zatrzymują się we fałdach i w najniżej leżących miejscach. Te ogniska wyglądają tak: *wie wenn ein Seminium ausgestreut wäre*, *welches hie und dahin gefallen wäre und gekeimt hätte*. W podobny sposób tłómaczyć się dających przypadków nie brak w literaturze. I tak Klebs przytacza trzy przypadki raka, który z ust względnie połyku dostał się na krzywiznę dużą żołądka. Zupełnie podobny jest przypadek Israela. Moxon opisuje przypadek, w którym rak połyku przebiwszy tchawicę rozsiał się po płucach. Ten sam autor wspomina, że Morgan miał widzieć raka w dolnej części przewodu kręgowego obok pierwotnego nowotworu w jamie czaszki; miał on się tam dostać za pośrednictwem *cavi subarachnoidealis*. Erbse w rozprawie poświęconej wyłącznie sprawie przeszczepialności raka, wspomina o chorym, u którego zupełnie, jak w przypadku Moxona rak połyku przebił tchawicę i pojawił się w wielu miejscach w płucach. Ricard opisuje przeszczepienie się raka języka na dolną część połyku, Voiturien wspomina o podwójnym raku języka; przestrzeń między obydwoma ogniskami była zdrowa. Beneke w sumiennym i pouczającym swoim referacie, tyczącym się nowszych prac o raku a opartym na 432 nowych publikacyach, wspomina również o podobnych przypadkach przeszczepienia się raka. I tak Landgraf widział raka krtani u człowieka mającego raka połyku w wysokości rozdziału tchawicy.

Kraske opisuje dwa przypadki wrzodziejącego raka prostnicy; w obu przyszło do wytworzenia się drobnych guzków tego samego nowotworu tuż nad otworem stolcowym.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Z zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Krakowie.

O powietrzu zakaźnem.

Podał

Dr. Leopold Haim,

sekundaryusz szpitala św. Łazarza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

W powietrzu wolnem, przy ustawicznym ruchu jego, bardzo mało jest bakteryj, ponieważ rozpraszają się one bardzo, nader zaś rzadko znajdujemy bakterye chorobotwórcze. Nie wyklucza to jednak możności zarażenia się na wolnem powietrzu, szczególniej w bliskości miejsc, gdzie panują choroby zakaźne n. p. w bliskości szpitalów epidemicznych. O wiele większe jest niebezpieczeństwo zarażenia się w miejscach zamkniętych n. p. w izbach, gdzie leżą chorzy dotknięci chorobami zakaźnemi. Rzadko bardzo udziela się człowiekowi odra, płonica, dur osutkowy na wolnem powietrzu, najczęściej przez pośrednie lub bezpośrednie stykanie się z chorymi. Nawet prątków gruźliczych, które przez długi czas w powietrzu zachowują swoją żywotność, nie wykryto w powietrzu ulicznem. O istnieniu zatem powietrza zakaźnego (morowego) wolnego nawet mowy nie ma; możemy się tylko zastanowić nad powietrzem zakaźnem zamkniętem.

Badania swoje przeprowadziłem szczegółowo przedewszystkiem w oddziele chorób zakaźnych szpitala św. Łazarza a wyniki otrzymane porównałem z innymi oddziałami i z powietrzem zanieczyszczonem mieszkań prywatnych. Trzymając się sposobu podanego przez prof. Bujwida, któremu za pomoc mi udzieloną na tem miejscu serdecznie dziękuję, używałem metody płytkowej. Sposób ten, przyznać muszę, jest najodpowiedniejszym, bo jest prosty a w przybliżeniu daje nam pojęcie o stopniu zanieczyszczenia powietrza. Na płytkę Petriego wyjałowioną rozlewa się jednostajnie około 10 cm.^{3} żelatyny rozpuszczonej i przykrywa górnym kloszem. Po kilku minutach żelatyna zastyga, krzepnie a wtedy zdejmujemy górny klosz i zostawiamy żelatynę otwartą na pięć minut. Po kilku, 5—6 dniach, wyrastają kolonie bakteryi i pleśnie, które można odosobnić, przeszczepić i wyhodować na rozmaitych pożywkach. Jedna płytka zamknięta służyła mi do kontroli.

Co do oddziału zakaźnego, otrzymałem następujące wyniki:

W sali mężczyzn A podczas zamiatania 140 bakteryj i 4 pleśnie a we dwie godziny po zamiataniu 98 bakteryj i 3 pleśnie.

W sali kobiet B podczas zamiatania 157 bakteryj i 5 pleśni a we dwie godziny po zamiataniu 102 bakteryj i 3 pleśnie.

W sali cholerycznej, teraz pustej, po wybieleniu 29 bakteryj i 2 pleśnie.

W sali C (dur osutkowy) w kilka godzin po zamiataniu 97 bakteryj i 4 pleśnie.

W sali D (dur osutkowy) w kilka godzin po zamiataniu 60 bakteryj i 2 pleśnie.

Powietrze w wychodku 130 bakteryj i 12 pleśni.

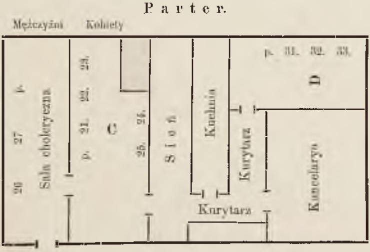
Powietrze w sieni podczas liczenia brudów 198 bakteryj i 6 pleśni.

Powietrze na podwórzu 5 bakteryj.

Liczba bakteryj zmienia się jednakowoż — co zależy: 1) od ciepłoty powietrza, w dniach mroźnych podczas zamiatania otrzymywałem na sali A i B po 40—60 bakteryj; 2) czy podczas zamiatania podłoga jest wilgotną lub nie. Gdy podłoga jest wilgotną, bakteryj jest o wiele mniej. Zwykle zamiatanie oddziału odbywa się za pomocą ścierki zwilżonej 5% roztworem kwasu karbolowego. Wyjątkowo dla badania poleciłem zamiatać na sucho. Po zamiataniu w wyż opisany sposób znalazłem 50—70 bakteryj w sali A i B.

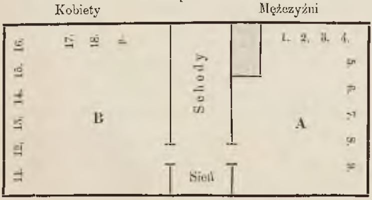
Plan oddziału chorób zakaźnych.

P a r t e r.



P i ę t r o.

Kobiety Mężczyźni



Co do gatunków bakteryj, to określałem je według pracy prof. Bujwida: B a k t e r y e w p o w i e t r z u z r o k u 1894. i według Eisenberga: *Bakteriologische Diagnostik.*

A. Nie chorobotwórcze.

1) Z i a r n i k i.

a) *Micrococcus subflavus.* Ziarniki drobne w gromadki ułożone, tworzą kolonie barwy brudno-białej. Żelatyny z początku nie rozpuszczają, tworzą na jej powierzchni szarawy krążek. Rośnie dobrze i wzdłuż przewodu wkłucia, w którego dolnej części widoczne są pojedyncze kolonie. Po kilku tygodniach rozpuszcza górną warstwę żelatyny. Na agarze nalot lepki, ciągnący się, żółtawy. Ruchliwość słaba.

b) *Micrococcus coronatus aurantiacus.* Ziarniki okazujące słabe ruchy oscylacyjne, tworzą duże kolonie okrągłe, rozrzedzające żelatynę. W hodowli kłutej rozrzedzają żelatynę warstwowo tworząc na ścianach probówki i w żelatynie grudkowaty osad, który z powodu lekkości na dno nie opada. Na agarze nalot suchawy, złocisto-żółty.

c) *Micrococcus coronatus albus* tworzy kolonie okrągłe, białe, wielkości główki od szpilki. W hodowli kłutej na powierzchni żelatyny powstaje miejsce śnieżnej białości, kształtem podobne do listka koniczyny, później żelatyna rozpuszcza się bardzo powoli w postaci lejka a równocześnie listek stając się większym, odpowiednio do lejka się zagłębia. Pod drobnowidzem ziarniki małe skupione okazują szybkie ruchy. Na agarze nalot porcelanowo-biały, lepki.

d) *Coccobaccillus flavus liquefaciens* tworzy kolonie duże, żelatynę rozrzedzające, barwy żółtej, o budowie w środku jednostajnej, o brzegu jaśniejszym, czego przy starszych koloniach nie widać. Ziarniki małe, niektóre wydłużone podobne do prątków, skupione o słabych ruchach; w hodowli kłutej rozrzedzają żelatynę lejkowato; rozrzedzona żelatyna mętna. Po kilku dniach rozrzedzenie dochodzi do ścian rurki odczynnikowej i odtąd postępuje warstwowo. Na agarze tworzy nalot gruby, żółty, mazisty (nieznany).

e) Ziarniko laseczki szare α) kolonie bardzo podobne do kolonij tyfusowych; brzeg tylko jest równy i kolonie są znacznie większe, natomiast w środku budowa do siateczki podobna. Ziarniki duże, owalne, niekiedy po 2, niektóre do prątków podobne, skupione. Żelatyny nie rozrzedzają, rosną silniej w głębi, niż na powierzchni a na agarze tworzą nalot szarawy (nieznany).

f) *Micrococcus aurantiacus* β) tworzy kolonie małe, okrągłe, barwy żółtej, nie rozrzedzające żelatyny, okazujące w środku ziarnistość. Ziarniki dość duże, mało ruchliwe, w gromadki skupione. Na powierzchni rosną słabo, dość silnie wzdłuż przewodu wkłucia (tem się różni od *micrococcus aurantiacus* Flüggego). Na agarze tworzy nalot żółtawo-pomarańczowy (nieznany).

g) Ziarniki żółto-pomarańczowe tworzą kolonie małe, drobne, okrągłe nie rozrzedzające żelatyny, przeźroczyste, okazujące w środku ziarnistość. W hodowli kłutej rosną dobrze i na powierzchni i w głębi; pod drobnowidzem ziarniki małe, owalne, niekiedy ułożone po 2—3. Na agarze nalot żółto-pomarańczowy, gęsty, nie lepki. (Opisany przez prof. Bujwida pod Nrem 29).

h) *Micrococcus albus* tworzy kolonie duże, rozrzedzające żelatynę. W hodowli kłutej rozrzedza żelatynę w postaci lejka; rozrzedzona żelatyna mętna, po kilkunastu dniach staje się czystszą. Na agarze nalot biały (dokładnie opisany przez prof. Bujwida Nr. 9).

i) Ziarniko-laseczki szare β). Kolonie duże powierzchowne nie rozrzedzające żelatyny, bardzo podobne do kolonii *bacterium coli*. Znalezione podczas liczenia brudów. Ziarniki niektóre wydłużone do prątków podobne, nieruchliwe. W hodowli kłutej na powierzchni tworzą nalot dość gruby, rosną słabiej w głębi. Na agarze nalot obfity szarawy, (nieznany).

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Formalina jako środek desinfekcyjny w zastósowaniu praktycznem.

Podał

Dr. W. Łepkowski,

b. asystent kliniki chirurgicznej Uniw. Jagiell.

Skoro w ostatnich czasach potrzeba wyjaławiania szczotek, służących do oczyszczenia rąk przed operacyą dała pohop do prac w tej mierze i rozleglejszych badań na tem polu, a dotychczasowe wyniki nie dały odpowiednich rezultatów, myśl zastósowania do tego par formalinowych równocześnie z wprowadzeniem formaliny do dentystyki nasunęła mi się pod dwojakim względem: Po pierwsze użyć par formalinowych do sterylizacyi szczoteczek służących do czyszczenia zębów jak również szczotek do mycia rąk dla chirurgów; po drugie do sterylizacyi katgutu. Doświadczenia na tem polu przeprowadzone, jak dotychczas dają zupełnie zadawalniające rezultaty; jakoż zanieczyszczone różnemi drobnoustrojami a nawet wąglikiem (*anthrax*) szczotki po 12 godzinach sterylizacyi w parach formalinowych są aseptyczne. Przyrządem do tatakiej sterylizacyi może być zwykłe, szczelnie zamknięte naczynie szklane, na którego dnie znajduje się wata (flanela, asbest, bibuła) napojona formaliną. Wykonaniem odpowiednich, dogodniejszych dla publiczności przyrządów zajęła się według moich wskazówek firma Lautenschlaegera w Berlinie a poprzestając chwilowo na tymczasowem doniesieniu, ostateczne wyniki badań, które podjęliśmy wspólnie ja i Dr. Kozłowski, asystent kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera, ogłosimy wkrótce po ich ukończeniu.

VI. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13).

Drugim ważnym czynnikiem dla przechodzenia bakteryj z jelita do jamy brzusznej w zwłokach są stosunki sprzyjające zgniliźnie. Wynika to nietylko z obserwacyj A. Fraenkla [117]), lecz także z obserwacyj Lesage'a i Macaigne'a [118]), oraz Marfana i Manna [119]), według których w trupach dzieci *bacterium coli commune* znacznie prędzej przechodzi z jelit do narządów w lecie, aniżeli w zimie.

Trzecim wreszcie czynnikiem, dotychczas niestety jeszcze bardzo mało uwzględnionym jest stan przewodu pokarmowego. Wurz i Hermann [120]) doszli do przekonania, że *bacterium coli commune* dostaje się po śmierci do odległych narządów (wątroba, śledziona, nerki) tylko wówczas, gdy w jelitach są zmiany patologiczne. Jest to twierdzenie w każdym razie przesadzone wobec tego, że zmiany pośmiertne, tak rychło występują w jelicie; jest jednak zupełnie zrozumiałem, że przy istniejących w ścianie jelita zmianach patologicznych, powstałych jeszcze za życia, bakterye kałowe po śmierci łatwiej przez taką ścianę przechodzą, aniżeli przez ścianę prawidłową.

Czynnik przytoczony na ostatniem miejscu, t. j. stan, w jakim znajduje się ściana jelita, zasługuje na szczególniejsze uwzględnienie w przypadkach zapalenia otrzewny. Już wyżej przytoczono, że stan śródbłonka otrzewnowego ma doniosłe znaczenie w przechodzeniu bakteryj przez ścianę jelita. W przypadkach ogólnego zapalenia otrzewny śródbłonek surowiczej powierzchni jelita bywa zawsze patologicznie zmienionym; bakterye jelita mogą więc w tych przypadkach już z samego tego powodu przechodzić do jamy brzusznej rychlej, aniżeli to bywa w trupach, w których jama brzuszna zmian patologicznych nie przedstawia.

Jak się pokazuje z danych, powyżej zestawionych, należy być nadzwyczaj oględnym w ocenianiu doniosłości wyników bakteryologicznego badania wysięków brzusznych. Po pierwsze, pamiętać należy, że częstokroć mikroskopowo można w nich wykazać różne gatunki bakteryj a na zwykłych płytach żelatynowych rośnie jedynie *bacterium coli commune*, że wiele gatunków bakteryj, znajdujących się w danym wysięku, nie daje się więc wyhodować za pomocą zwykłych metod bakteryologicznych a więc nie daje się zbadać dokładnie. Powtóre należy uwzględniać wszystko to, co powiedziano wyżej o przechodzeniu bakteryj po śmierci ze światła jelita do jamy otrzewny.

Potrzecie, należy uwzględniać właściwą chorobotwórczość drobnoustrojów znalezionych w wysięku brzusznym. Gdy mamy do czynienia z mikroorganizmami ropnymi, laseczníkami gruźliczymi, pneumokokami lub innemi bakteryami chorobotwórczemi w hodowli czystej, związek ich etyologiczny z cierpieniem otrzewny nie ulega wątpliwości. Rzecz się przedstawia już trudniej, gdy znajdujemy w wysięku otrzewnowym, jak to najczęściej się zdarza, kilka gatunków bakteryj. Według Krafta [121]) właściwe bakterye chorobotwórcze można odróżnić od tych, które się później do jamy brzusznej ze światła jelita dostały, tylko przez wykazanie pierwszych w śledzionie, nerkach i wątrobie. Po upływie 10—11 godzin po śmierci bakterye chorobotwórcze dadzą się już wykazać w wymienionych narządach, bakteryj zaś jelitowych w tym czasie tam nie będzie można znaleść.

Kwestya staje się jeszcze bardziej skomplikowana, gdy w wysięku brzusznym znajdujemy bakterye z jelit. Wprawdzie w świetle przewodu pokarmowego prawie zawsze znaleść można bakterye o znanych własnościach chorobotwóczych, jednak, jak to już wyżej zaznaczono, w przypadkach zapalenia otrzewny powstałego wskutek spraw w jelitach, z wysięku brzusznego daje się najczęściej wyhodować tylko *bacterium coli commune*. Mikroorganizm ten, będący w zwykłych okolicznościach niewinnym saprofitem, posiada już ogromną literaturę a jest ona tem ciekawszą, że przy badaniu tego gatunku powstało wiele kwestyj doniosłych ze stanowiska ogólno-bakteryologicznego. Nie mogąc na tem miejscu uwzględnić tej literatury, odsyłam interesujących się kwestyą *bacterii coli communis* do obszernych, aczkolwiek bynajmniej nie wyczerpujących zestawień Wurza [122]), Malvoza [123]), Biernackiego [124]) i innych.

[117]) A. Fraenkel: l. c.

[118]) Lesagea i Macaignea: l. c.

[119]) Marfan et Mann: Revue mens. des maladies de l'enfance. Juillet 1892. (Cyt. wedł. 72).

[120]) Wurz et Hermann: De la presence frequente du B. coli commune dans les cadavres. Arch. de méd. exp. et d'anat. path. 1891. Nr. 6. p. 734.

[121]) Kraft: l. c.

[122]) Wurz: l. c.

[123]) Malvoz: l. c.

[124]) Biernacki: Bacterium coli commune. Gazeta lekarska 1893. Nr. 1, 2.

Poznawszy okoliczności, wśród których bakterye chorobotwórcze mogą dostać się do jamy brzusznej, chorobotwórczość bakteryj jelitowych oraz ewentualne błędy, jakie przy badaniach, dotyczących tych spraw, zachodzić mogą, przechodzimy do kwestyi najważniejszej w patogenezie zapalenia otrzewny pochodzenia bakteryjnego a mianowicie, jakiem jest działanie bakteryj chorobotwórczych w jamie brzusznej i jak się względem nich zachowuje błona otrzewna oraz ustrój zwierzęcy w ogólności. Liczba badań doświadczalnych, dotyczących tej kwestyi, jest bardzo pokaźna a wyniki ich w ogóle dość zgodne, rzuciły wiele światła na ciemną sprawę walki zakażonego organizmu zwierzęcego z bakteryami.

Już Wegner[125]) w r. 1876. wstrzykiwał do jamy brzusznej królików gnijący nastój mięsny, filtrowany przez watę, oraz ropę, bakterye, surowicę, mleko gnijące i przekonał się, że zwierzęta padały na zakażenie gnilne tylko w tym razie, jeżli ilość wstrzykniętego płynu była stósunkowo wielka; znosiły zaś ten zabieg zupełnie dobrze, gdy ilość płynu była mała. Naprzykład króliki znosiły wprowadzenie do jamy brzusznej 15 cm.³ gnijącego mleka, padały zaś po wprowadzeniu do jamy otrzewny 50 cm.³ tego samego płynu. Małe ilości bakteryj zostają według tego autora wchłonięte przez organizm, unieszkodliwione, oraz wydalone z ustroju ze stolcem. Gdy zaś ilość wprowadzonych bakteryj jest tak wielką, że siła resorpcyjna błony otrzewny nie jest w stanie im podołać, następuje ogólne zatrucie organizmu produktami bakteryjnymi. Zatrucie to może nastąpić tak rychło, że w jamie brzusznej nie zdołają się nawet wytworzyć zmiany miejscowe.

Gdy resorpcya z jamy otrzewny jest bardzo wielką, znaczna część bakteryj została wchłoniętą i wydaloną a stósunkowo niewielka część zakaźnego płynu pozostaje w jamie brzusznej, występują w skutek zadrażnienia otrzewny tym płynem zmiany miejscowe, jako to ropne zapalenie otrzewny, rozmaite przewlekłe formy zapalenia tej błony; przytem odbywa się chroniczne wchłanianie istot gnijących, wytwarza się więc chroniczna *sepsis*, która po jakimś czasie sprowadza śmierć.

Pierwszą pracą doświadczalną, dotyczącą patogenezy zapalenia otrzewny, w której autor posiłkował się podówczas już do pewnego stopnia wyrobionemi metodami bakteryologicznemi, jest wyczerpująca praca Grawitza[126]). Grawitzowi chodziło specyalnie o zbadanie okoliczności, w których powstaje ropne zapalenie otrzewny i w tym celu przeprowadził długi szereg doświadczeń na zwierzętach. Wyniki tych doświadczeń były następujące:

Po wprowadzeniu do jamy brzusznej zwierząt normalnych drobnoustrojów nieropotwórczych, chociażby chorobotwórczych, jakoto przecinkowca cholery, laseczníka Finklera-Priora, wszystkich bakteryj, które się dały wyhodować z kału króliczego, w zawiesinie wodnej lub w roczczynie soli kuchennej, nawet z dodatkiem substancyj łatwo podlegających gniciu, jak n. p. z gotowanym miąższem śledziony, oraz w tak wielkiej ilości, że dany płyn nie mógł zostać wchłoniętym w ciągu godziny, nie występowało zapalenie otrzewny. Takoż okazał się nieszkodliwym świeży kał, rozrobiony wodą i po zagotowaniu wprowadzany do jamy brzusznej królików, nawet w stósunkowo wielkich ilościach.

Po wprowadzeniu bakteryj nieropotwórczych do jamy brzusznej nieprawidłowej, której siła resorpcyjna była upośledzoną, wynik zależał od tego, czy dane bakterye rozkładały białko, czy go nie rozkładały. Jeśli bakterye nie wywoływały gnicia w jamie brzusznej, zostawały one bez szkody dla organizmu powoli wchłaniane, jeśli zaś sprowadzały gnilny rozkład substancyj białkowych, następowało ogólne zatrucie organizmu.

Po wprowadzeniu do prawidłowej jamy brzusznej bakteryj ropotwórczych, zawieszonych w wodzie lub innych płynach obojętnych, nie występowało zapalenie otrzewny; po wprowadzeniu hodowli gronowca ropnego złocistego, zawieszonego w 10% roczczynie soli kuchennej, zmięszanym z odwarem salepu, powstawało tylko zadrażnienie otrzewny, nie zaś zapalenie tej błony.

Po wprowadzeniu do jamy brzusznej bakteryj ropotwórczych występowało ropne zapalenie otrzewny w okolicznościach następujących:

1) gdy równocześnie z bakteryami wprowadzono do jamy brzusznej jakiś płyn, stanowiący dobrą dla nich pożywkę, w tak wielkiej ilości, że wchłonienie tego płynu wymagało dłuższego czasu, wówczas występowały zmiany zapalne śródbłonka otrzewnowego, oraz emigracya ciałek białych.

2) gdy wraz z bakteryami ropnemi wprowadzono do jamy brzusznej substancye żrące, które, uszkadzając tkankę otrzewny, przyspasabiały niejako grunt dla bakteryj, bakterye ropne osiadały w takich miejscach otrzewny, które uległy uszkodzeniu, rozmnażały się tam i sprowadzały ropny wysięk do jamy brzusznej.

3) wreszcie ropne zapalenie otrzewny występowało stale, gdy bakterye ropotwórcze mogły były osiąść w ranie brzusznej i zakazić ją. (Ciąg dalszy nastąpi).

Otyatrya.

Haug: O żółciołojaku *(cholesteatoma)* ucha środkowego.

H. streściwszy teorye powstawania żółciołojaka ucha środkowego, dochodzi na podstawie licznych spostrzeżeń klinicznych i badań histologicznych do następujących wyników:

1) Pierwotny żółciołojak ucha środkowego, t. j. prawdziwy hetero-plastyczny nowotwór (teorya Virchowa, zmodyfikowana przez Bottchera, Küstera i Mikulicza) istnieje rzeczywiście, ale tylko w bardzo rzadkich przypadkach i powstaje prawdopodobnie z odsznurowanych ognisk przybłonka płaskiego.

2) Przeważająca ilość żółciołojaków ucha środkowego należy do spraw wtórorzędnych i powstaje przedewszystkiem przez wrastanie przybłonka płaskiego z ucha zewnętrznego do ucha środkowego na miejsce zniszczonego przybłonka wałeczkowego, jak to się zdarza po ropnych zapaleniach jamy bębenkowej. To wrastanie przybłonka płaskiego przez przedziurawioną błonę bębenkową samo jeszcze do powstania żółciołojaka nie wystarcza; do tego potrzeba jeszcze współdziałania szeregu przyczyn drugorzędnych. Mianowicie przybłonek płaski wrastający na powierzchnię z przybłonka obnażoną, pod wpływem zalegających w górnym odcinku jamy bębenkowej resztek wypociny, wywierających działanie drażniące, buja mocno i to nietylko w kierunku fizyologicznym, t. j. zajmując coraz znaczniejszą powierzchnię, ale i „hiperfizyologicznym", wytwarzając warstwy na sobie leżące, które potem kolejno obumierając, jakby ciało obce, wpływają na spotęgowanie i tak już zwiększonej proliferacyi. Ponieważ ciasna przestrzeń górnego odcinka jamy bębenkowej, ograniczona ścianami kostnemi, nie pozwala na wydalenie obumarłych części, przeto powstaje niestósunek między produkcyą a wydalaniem i pod wpływem oporu, jaki stanowią zalegające masy obumarłego przybłonka, zaczyna się rozrost odśrodkowy, prowadzący powoli do zniszczenia kości. Z tego to powodu żółciołojak daleko częściej zajmuje górny odcinek ucha środkowego, niż dolny; podobne stósunki wytwarzają się też u wejścia do przetworów wyrostka środkowego i w samychże przestworach wyrostka a więc w najczęstszych siedzibach żółciołojaka.

Teorya Politzera i Troltscha, przypuszczająca metaplazyę przybłonka okazuje się więc według H. zbyteczną.

Jako dalszą okoliczność, usposabiającą do wytworzenia się żółciołojaka, uważa H. zwężenie lub zamknięcie trąbki Eustachego a to mianowicie ze względu, że zmiany takie utrudniają wysychanie wydzieliny i pozwalają na obfitsze jej gromadzenie się, zwłaszcza w górnym odcinku ucha środkowego, gdzie już z natury rzeczy odpływ jej jest trudniejszy

---

[125]) Wegner: l. c.
[126]) Grawitz: l. c.

a dopływ powietrza mniejszy. Rzeczywiście znalazł H. na 86 przypadków żółciołojaka górnego odcinka ucha środkowego z równoczesnem przedziurawieniem pozapalnem błony bębenkowej, 59 razy zwężenie trąbki Eustachego.

3) W dolnym odcinku jamy bębenkowej, gdzie stosunki miejscowe dozwalają na swobodny rozrost fizyologiczny wrastającego przez perforacyę przybłonka płaskiego, do wytworzenia się żółciołojaka przychodzi rzadko a nowy przybłonek obejmuje czynności zniszczonego wałeczkowego.

Praca H. w całości jest potwierdzeniem i rozszerzeniem teoryi Habermanna, który pierwszy zwrócił uwagę na wrastanie przybłonka płaskiego ucha zewnętrznego do ucha środkowego i na warstwową jego proliferacyą w razach, w których sprawa zapalna przeszła w stan przewlekły. *(Centralbl. für allg. Pathologie u. pathol. Anatomie.* T. VI. 1895. Nr. 3. i 4.).

Ciechanowski.

Patologia.

Jürgens: Szczepienie czarnego mięsaka rakowatego *(sarcoma melanoticum carcinomatodes).* (Z posiedzenia Towarzystwa lekarskiego berlińskiego w dniu 15. Maja r. b.).

Prelegent użył do szczepienia materyału, uzyskanego ze zwłok osoby zmarłej na *sarcoma melanoticum carcinomatodes*, u której w rok po operacyi z przyczyny nowotworu w pobliżu prawego ucha nastąpiła śmierć a sekcya wykazała przerzuty w mózgu, w jelitach cienkich, gruczołach kreskowych i trzustce. Badanie mikroskopijne tego przerzutu w trzustce wykazały twory tak bardzo przypominające ustroje chorobotwórcze, że prelegent postanowił użyć ich do szczepienia w otrzewny królików.

Do doświadczeń użyto 6 zwierząt. Już po 8 dniach pokazały się u jednego z nich po zabiciu w sieci i kresce guzy czerniakowe, mające centymetr długości, 0·3 cm. szerokości a 0·2 cm. długości, w których obok lekko otorbionego, bezpostaciego materyału, użytego do szczepienia widać guz nowotworowy, złożony z komórek wielkich, okrągłych, wielopostacich, zawierających dużo barwiku. Guzy te mają wiele naczyń i okazują na obwodzie dążność do bujnego rozrostu.

Prelegent zwraca uwagę, że materyał, użyty do szczepienia, pochodzi ze zwłok osoby sekcyonowanej w 36 godzin po śmierci i widzi w tem dowód, że w martwej tkaninie znalazły się ciała, które zdołały u zwierzęcia żywego i to bez zakażenia gnilnego wywołać powstanie nowotworu o tych samych cechach, jak i u owej osoby zmarłej.

Podobne guzy znaleziono po szczepieniu u dwóch innych królików, przyczem u jednego z nich guzy były w sieci, u drugiego zaś prócz guzów w kresce znalazło się dużo guzków wielkości siemienia konopnego na śródsierdziu.

Ustrojów chorobotwórczych w tych guzach wytworzonych przez szczepienie, dopatruje się prelegent częścią w odosobnionych, okrągłych lub owalnych ciałkach brunatno czarnych, które on uważa za kokcydye, częścią w pewnych ciałkach wolnych lub zamkniętych w komórkach, widocznych najlepiej w *endothelium* kreski i sieci, nawet oddalonych od większych nieco guzów. Słusznie można przypuszczać, że owe ciałka są pasożytami wśródkomórkowemi i że rozrost owych nowotworów, powstałych przez szczepienie, bierze początek z *endothelium* otrzewny.

Prelegent obiecał, że wkrótce zda sprawę z dalszych swych badań w tej sprawie. *(Berl. klin. Wchschft.* 27. Maja 1895).

R.

Terapia.

J. Chmielowski: Tryonal, chloraloza i somnal.

Pomimo, że mamy sporo środków narkotycznych, mało z nich przeżywa krótki czas swojej sławy. Z nowszych prawo obywatelstwa zdobył sobie sulfonal, jednakowoż i on nie okazał się wcale środkiem obojętnym; opisano przypadki chronicznego zatrucia, nawet zakończone śmiercią; wykazano szkodliwy wpływ jego na czerwone ciałka krwi. Prócz tego sulfonal działa bardzo powolnie i zostawia po sobie nieprzyjemne następstwa, ból głowy, uczucie ciężkości, ataksię. Jednem słowem, szczególnie dla dłuższego użycia, nie mamy żadnego dobrego środka i to autora zniewoliło do zbadania nowych środków nasennych w psychiatrycznym oddziele szpitala odeskiego.

T r y o n a l różni się od sulfonalu tem, że ma nie 2, lecz 3 etylowe grupy; smak nieprzyjemny, w wodzie rozpuszcza się mało; był zastosowany przez autora u 33 umysłowo chorych; niektórzy z nich w ciągu roku wyżyli po 50—60 grm.; po 1—2 dniach użycia robiono zwykle jedno lub dwudniowe przerwy. Nigdy nie dostrzeżono szkodliwego wpływu na serce, płuca lub przewód pokarmowy. U zdrowych ludzi po użyciu na czczy żołądek $1^1/_2$—2 grm. sen następuje mniej więcej w $^1/_2$ godziny. Uczucie przed snem i po śnie zupełnie podobne, jak po użyciu sulfonalu (autor przekonał się na sobie). Sen mocny, bez widziadeł. Jednakże taka dawka na niektórych (słabe kobiety) działa zbyt silnie (na drugi dzień ból głowy, osłabienie), natomiast 1·0 nie zostawia żadnych przykrych śladów. Co się tyczy działania na umysłowo chorych, to najlepiej działa w *dementia secundaria*, *dementia paralytica* i w ogóle w chronicznych chorobach umysłowych; po wyżyciu 1·5—2·0 grm. następuje w $^1/_2$—1 godziny sen trwający 6—9 godzin, czasem chorzy spali jeszcze w dzień i następną noc. W *mania* i *mania periodica* sen następował późno, czasem dopiero zrana, ale podniecenie prawie zawsze zmniejszało się znacznie. W mocnem *delirium melancholicum* i halucyacyach działanie tryonalu także się opóźniało. W 2 przypadkach *delirium tremens* 2·0 grm. miało skutek, w jednym pozostało bez skutku. W ogóle w melancholii i hipochondryi środek nie odpowiedni, w mózgowej neurastenii wprost szkodliwy. W każdym razie tryonal jest środkiem li tylko nasennym a więc nie kojącym; może działać zbiorowo (Schultze i Hecker): ogólna cecha tryonalu i sulfonalu, że łatwiej dają się znieść jednorazowe duże dawki (nawet więcej niż 2·0), niż małe, ale długi czas używane. Tryonal wydziela się z organizmu rychlej od sulfonalu. Autor przyszedł do przekonania, że zawsze należy się pierwszeństwo tryonalowi przed sulfonalem.

C h l o r a l o z a przy wielu zaletach ma jedną ogromną wadę: łatwo wywołuje drgawki. Doświadczenia zrobiono na 32-ch umysłowo chorych i 8 zdrowych; zaczynano zwykle od dawki 0·4, największa dawka była 0·9. U 10-ciu chorych i 4-ch zdrowych pojawiało się drganie różnych mięśni z osobna, *tremor* i o g ó l n e d r g a w k i. Ale za to sen po użyciu chloralozy zawsze przyjemny, odświeżający, bez porównania lepszy niż po sulfonalu, tryonalu a nawet chloralu, o czem autor niejednokrotnie przekonał się na sobie. Autor przyszedł do przekonania, że: 1) Oznaczyć dawkę chloralozy bardzo trudno nawet dla jednego i tego samego chorego w różnym czasie. 2) Najczęściej wystarcza 0·5 a gdzie nie ma podniecenia 0·4. 3) Na serce, naczynia, narządy pokarmowe i oddechowe chloraloza złego wpływu nie wywiera (na to wszyscy autorowie jednogłośnie się zgadzają). 4) Drgawki, jakkolwiek sprawiają przykre wrażenie, ale żadnego niebezpieczeństwa nie przedstawiają, prędko przechodzą, nic zostawiając żadnych widocznych śladów. 5) Po dawce większej od 0·6 drgawki następują w połowie przypadków a w histeryi, alkoholizmie, organicznych chorobach mózgu, marazmie, nawet po znacznie mniejszych dawkach. Chloraloza działa rychlej, ale krócej od tryonalu; przed snem niekiedy wywołuje okres pobudzenia; sen i przebudzenie się są przyjemne, zbiorowego działania, zdaje się, nie ma. W ogóle chloraloza bardzo dobrze działa w melancholii, *delirium hypochondricum* i innych chorobach umysłowych z przygnębieniem. W chorobach serca i żołądka chloraloza jest jedynym środkiem, dającym się długo stosować.

S o m n a l. Być może, że somnal jest wprost mieszaniną chloralu i uretanu, rozpuszczoną w wyskoku; płyn z mocnym zapachem, ostrym, drapiącym smakiem, dość łatwo rozpuszczalny w wodzie. Somnal stosowano u 8 zdrowych i 8 umy-

słowo chorych z przygnębieniem (Marandon de Montyel uważa somnal za środek swoisty w melancholii). W słabym stopniu bezsenności dostatecznemi były dawki 80 do 100 kropel (2·5 do 3 grm.). Chorzy dostawali somnal w dawkach stopniowo coraz większych, od 80 do 120, nawet do 180 kropel (2·5 do 5·0) na noc. W melancholii i bezsenności, jako symptomatyczny środek lepszy od innych nasennych, lubo na tych kilku doświadczeniach nie można było potwierdzić zdania Marandona. Sen pewny; somnal na serce, naczynia i płuca złego wpływu nie wywiera, przebudzenie się po nim przyjemne; somnal ma tę wadę, że może upośledzać trawienie i sprawiać rozwolnienie. *(Medicinskoje Obozrienije.* Nr. 1. 1895). *Makowski.*

Zapiski terapeutyczne.

70. R. Emmerich i H. Scholl: Krytyka doświadczeń prof. Brunsa nad działaniem surowicy przeciwrakowej. Autorowie broniąc swych twierdzeń (por. nr. 18. *Przegl. lek.* z. r. b.) przeciw Brunsowi (por. nr. 21. *Przegl. lek.*) oświadczają, iż prof. B. w swym artykule nie wspomina bynajmniej o tem, o czem im donosił listownie, że w jednym przypadku nie nadającego się do operacyi raka sutka widział niewątpliwe zmniejszenie się nowotworu, że jednak leczenie musiał przerwać z braku surowicy. Dalej twierdzą autorowie, iż posłali swą surowicę prof.B. jedynie do doświadczeń przedwstępnych i że posyłając ją, sami nie byli pewnymi jej skutku, ponieważ wówczas jeszcze nie doszli, jaki sposób postępowania z owcami jest najodpowiedniejszym do uzyskania surowicy rzeczywiście skutecznej.

Co się tyczy groźnych przypadków, które widział prof. B. w swych doświadczenia a których nigdy nie spostrzegali u siebie E. i S., jak mianowicie podniesienia się znacznego temperatury, do 40 stopni przeszło, tudzież niekiedy zaraz po wstrzyknięciu podskórnem surowicy napadu duszności, sinicy na twarzy, wymiotów i przyśpieszenia tętna, oświadczają E. i S., że pochodzą one albo z użycia przez prof. Brunsa surowicy częściowo już zepsutej albo z niezachowaniach koniecznych przy podobnych procederach, bardzo ścisłych prawideł bakteryologicznych, następnie ze wstrzykiwania surowicy wprost do naczyń, za czem przemawia pojawienie się opisanych przez prof. Brunsa przypadków, jak sinicy na twarzy, duszności i t. d., wkrótce po wstrzyknięciu podskórnem. W końcu bronią się autorowie, przywodząc, że nie twierdzili nigdy, by ich surowica usuwała z terapii raka operacyą, lecz powiedzieli tylko, iż ma służyć do leczenia przeważnie następowego, t. j. zapobiegania nawrotowi choroby. *(Deutsche med. Wchschft.* 30. Maja 1895).

Od redakcyi Przeznaczywszy niniejszą rubrykę w *Przeglądzie lek.* na zapisywanie najnowszych usiłowań terapeutycznych nie mogliśmy w żaden sposób pominąć pracy prof. Emmericha i Scholla, jakkolwiek już z góry musieliśmy mieć dla niej mało ufności, pomijając nawet bowiem krótkość obserwacyi, całkiem a całkiem niewystarczającej do wydania jakiegokolwiek orzeczenia w tej sprawie, twierdzenia E. i S. co do rychłej skuteczności ich surowicy brzmiały zanadto optymistycznie, jeżeli nie awanturniczo. Że nieufność ta była usprawiedliwiona, dowodem artykuły Brunsa i Petersena, z których również zdaliśmy sprawę, tudzież wzmianka prof. Angerera na posiedzeniu monachijskiego Towarzystwa lekarskiego.

Dziś przytoczyliśmy jedynie dla zachowania zasady sprawiedliwości obronę Emmericha i Scholla przeciw prof. Brunsowi, ale jesteśmy zdania, iż E. i S. tym swoim artykułem bynajmniej się nie obronili, bo pomijając już, iż nie godziło się *coram publico* występować z twierdzeniami na podstawie niesłychanie małej liczby obserwacyj i to tak krótkich i niezupełnych, to ich obrona teraźniejsza nie zawiera ani jednej wzmianki o skuteczności nowego sposobu leczenia raka, opartej na świeżych doświadczeniach z udoskonaloną według ich twierdzenia surowicą. Cała przeto odpowiedź Emmericha i Scholla na zarzuty Brunsa powstaje na teraz tylko *vox, vox, praeterea nihil.*

71. A. Claus (w Gandawie): Tryonal przeciw bezsenności u dzieci. Doświadczenia terapeutyczne z tryonalem, wprowadzonym do lecznictwa przez Bartha i Rumpla wykazały, iż tryonal działa bardzo dobrze na bezsenność w chorobach umysłowych a okoliczność, iż nie wpływa szkodliwie ani na władze psychiczne, ani na czynności przewodu pokarmowego, narządu krążenia i oddechania, skłoniła autora do spróbowania tego środka u dzieci.

Oczywistą jest rzeczą, że bezsenność i u dzieci jest tylko przypadem pewnej nieprawidłowości w ustroju, którą trzeba koniecznie wykryć, ale mimo tego ten przypad wymaga bardzo często osobnego leczenia.

Otóż przekonał się autor, że tryonal oddaje znakomite usługi w bezsenności u dzieci z przyczyny zboczeń w układzie nerwowym, jak mianowicie pląsawicy *(chorea)*, drgawkach a przedewszystkiem strachaniu się nocnem *(pavor nocturnus)*, natomiast nie działa w bezsenności skutkiem bólu.

Dawka wynosi dla dzieci:

od miesiąca do roku . .	0·20 do 0·40,
od roku do 2 lat . . .	0·40 do 0·80,
od 2 do 6 lat	0·80 do 1·20,
od 6 do 10 lat	1·20 do 1·50.

Najlepiej zadawać w pół godziny po kolacyi a najpóźniej na 15 minut przed ułożeniem się do snu. Tryonal zażywać można w mleku gorącem, lub co najlepiej z konfiturą albo miodem.

Po śnie sprawionym przez tryonal nie ma ani bólu, ani ciężkości głowy. *(Intern. klin. Rundschau.* 45. 1894).

72. Grandclement (w Lugdunie): Leczenie rwy nerwu troistego *(tic douloureux)* wstrzykiwaniami podskórnemi antypiryny z kokainą. Na podstawie własnego doświadczenia zaleca autor wstrzykiwanie raz a w przypadku potrzeby i kilka razy dzienie po jednym do kilku centymetrów sześciennych płynu: *Antipyrini* 4·00, *cocaini muriatici* 0·03, *aquae destil.* 10·00.

Wstrzykiwanie takie zaleca autor także w bólu towarzyszącym ropieniu w oku. *(La Semaine médicale.* 29 Maja 1895).

73. Eschle: Leczenie krztuśca (koklszu). Autor zaleca przepis: *Foliorum belladonnae 50 centigr., infunde aquae fervidae 90·00, dein adde antypirini grma unum, syrupi rubi idaei 30·00.* MDS. Po łyżeczce deserowej zadawać co dwie godziny (dziecku 5-letniemu).

W ciągu 4 do 8 dni zażywania tego leku napady kaszlu znikają, albo przynajmniej łagodnieją znacznie. Jeżeliby się odnowiły, należy lek podawać dalej.

Leczenie to, podczas którego trzeba oczywiście baczyć starannie na źrenice, ma zdaniem autora skracać znacznie chorobę, osobliwie w przypadkach świeżych. *(La Semaine médicale.* 22. Maja 1895).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 6. Czerwca 1895 r.

— **VII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie** w dniach 16. i 17. Lipca b. r.

W dalszym ciągu zgłoszono się z następującymi wykładami:

Prof. Gluziński: Przyczynek do symptomatologii przedziurawienia jelit.

— W dniu 5. Czerwca b. r. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. Korczyński Ludomił przedstawił 3 chorych z kliniki wewnętrznej prof. Korczyńskiego. W dyskusyi przemawiał kol. Surzycki i prelegent.

— Znanego, tak powszechnie na zjazdach i zebraniach lekarskich w kraju i zagranicą nader przychylnie ocenionego atlasu plastycznego operacyj ginekologicznych prof. A. Marsa w Krakowie wyszedł temi dniami na świat w nadzwyczaj pięknem co do druku, papieru i rycin wydaniu pierwszy zeszyt dodatkowy, obejmujący 51 operacyj. Tytuł

jego: Dr. Prof. Antonii Mars: *Apparatus plastici operationes gynaecologicas illustrantis additamentum primum, quo nova LI proplasmata gypsea exhibentur. Cracoviae, sumptibus autoris, typis Universitatis Jagellonicae curante A. M. Kosterkiewicz. 1895.*

— Wykaz zdrojowisk i uzdrowisk klimatycznych i praktykujących w nich w roku bieżącym lekarzy Polaków: Baden: Kummerling. Birsztany: Rodecki. Busko: Dymnicki, Grabowski, Majkowski, Radziszewski, Sulimierski. Ciechocinek: Certowicz, Lewenstein, Lubowski, Pajewski, Ruppert, Stockman, Wohlberg, Tannenbaum, Arnstein, Asterblum, Górski, Cięgliński. Cieplice czeskie: Hanakowski. Cieplice trenczyńskie: Filipkiewicz. Czarniecka Góra pod Niekłaniem: Misiewicz. Druskienniki: Bujakowski, Szepietowski. Eichwald: Kuryś. Elgersburg w Turyngii: Barwiński. Elster: Błociszewski. Francensbad: Debicki, Kittel, Rosner. Gleichenberg: Brühl, Bulikowski. Grodzisk: Tokarski. Inowrocław: Krzymiński. Przybyszewski. Iwonicz: Debicki, Rościszewski. Jaworze: Czop. Kamionka: Bociański, Kotsowski, Karlsbad: Hassewicz, Hochberger, Kretowicz, Stiche, Ziembicki, Toepfer, Tugendhat. Kissingen: Chłapowski. Krzeszowice: Dura. Krynica: Aschkenazy, Blatteis, Cercha, Ebers, Gembarzewski, Gliksmann, Kmietowicz, Kopff. Lorentski, Michalik, Nieszkowski, Skórczewski, Waligórski. Landeck: Ostrowicz, Pomorski. Morszyn: Tyszkowski. Maryenbad. Dobieszewski, Harajewicz, Kaufman, Prager. Meran: Binder, Brühl. Nałęczów: Chełchowski, Chmielewski, Puławski, Saczewicz. Nauheim: Jankowski. Nowe Miasto nad Pilicą: Bieliński, Niedzielski, Skowroński. Ojców: Michalewski, Rzeczniowski. Odessa (Liman): Kozłowski, Otwock: Feilchenfeld, Chełmoński, Silberstein, Staniszewski. Rabka: Kaden, Głuchowski, Momidłowski, Reichenhall: Goldschmidt. Reinerz: Stan. Rymanów: Dukiet, Jodłowski, Krzyszkowski, Regiec. Schinznach: Tymowski. Sławuta: Dobrzycki, Dzierzbicki, Przesmycki. Solec: Daniewski, Siarczyński. Swoszowice: Tislowitz. Szczawnica: Ściborowski, Hammerschlag, Kołaczkowski, L. Korczyński, Górski, Kruszyński. Truskawiec: Kozłowski, Piech, Pelczar, Steynhaus. Wysowa: Jarosz. Zakopane: Chramiec, Eliasz-Radzikowski, Bazdygan, Chwistek, Piasecki. Żegiestów: Hojnacki.

— Pamiętnik VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich opuści prasę w Lipcu b. r. i zostanie rozesłany Członkom Zjazdu.

Dr. Bylicki.

— W paryskiej Akademii lekarskiej, oddziele chirurgicznym wybrano członkiem prof. Esmarcha w Kilonii, zostającego jak wiadomo, w powinowactwie do panującego w Niemczech rodu Hohenzollernów.

— Ze statystyki ruchu ludności Warszawy w czasie lat 1882. do 1893. wyjmujemy następujące szczegóły:

Ludność powiększyła się od r. 1882. do 1893. o 31% i to w małej części przez przewyżkę urodzeń nad zejściami, głównie zaś przez powiększenie się ludności napływowej, przybywającej do miasta dla nauki lub pracy.

Dzieci urodziło się najwięcej w Styczniu i Kwietniu, najmniej w Lipcu i Wrześniu. Najwięcej przypadków śmierci było w Sierpniu, Lipcu i Wrześniu, najmniej w Lutym, Kwietniu i Maju.

Dzieci do lat 5 stanowią 55% zmarłych. Od lat 21 do 30 zmarło 6·13%, od 31 do 40 lat 5·74%, od 41 do 50 lat 6·21%, od 51 do 60 lat 6·88%, od 61 do 70 lat 7·10% z ogólnej liczby.

Ze zmarłych w ciągu 12 lat 147126 osób przypada na mężczyzn 76041 (52·09%) a na kobiety 70845 (47·91%).

Chorobom zakaźnym uległo prawie 17% ogólnej liczby zmarłych a mianowicie mężczyzn 16%, kobiet 18%. W szczególności przypada na błonicę i dławiec 4·13%, na ospę 3½%, na płonicę 2½% a na dur brzuszny prawie 2%.

Z innych chorób zmarło: na zapalenie jelit 14·79, zapalenie płuc 13·92, suchoty płucne 11·33, wiąd schyłkowy 5·22, zapalenie oskrzeli 5·17, zapalenie mózgu 4·28, ścisków (co to znaczy?) 3·96, chorób serca 3·04, niedostateczny rozwój 2·36, na raka 2·30, zapalenie nerek 1·98%.

Przypadków nagłej śmierci było 1133, czyli 1·26% liczby ogólnej, między nimi 621 czyli 0·42% samobójstw i 99 (0·07%) zabójstw.

— Najpiękniejszym bez wątpienia miejscem Królestwa Polskiego jest Ojców. Niezwykle urocze położenie, znaczne, bo do 472 metrów nad poziom morza sięgające wzniesienie, obszar koło 1500 morgów wynoszący lasów szpilkowych i liściastych, brak wszelkich fabryk w pobliżu, wartki bieg Prądnika i mnóstwo źródeł już same przez się są skazówką, iż Ojców powinienby być miejscem leczenia się dla chorych a przyjemnego pobytu dla zdrowych. Dawniejsze usiłowania zrobienia z Ojcowa takiej stacyi nie odniosły wszakże pożądanego skutku, przedewszystkiem z braku odpowiedniego kapitału. Dopiero przejście Ojcowa w ręce zgasłego przedwcześnie ś. p. Ludwika hr. Krasińskiego, zwiastowało nową erę dla tej miejscowości. Zmarły, rozważywszy dokładnie wszystkie zalety Ojcowa, postanowił zrobić z Ojcowa to, czem on być powinien. Jakoż dzięki tej myśli stanął wkrótce dwupiętrowy, okazały gmach Goplana, w którym na dole mieszczą się wzorowy, we wszystkie najnowsze przybory zaopatrzony zakład hidropatyczny i zakład elektroterapeutyczny, lokal ordynacyjny dla lekarza zakładowego, wielka sala jadalna i wypożyczalnia książek, tudzież czytelnia, na piętrach zaś 48 pokoi mieszkalnych w wyborne piece, meble i pościel zaopatrzonych. Prócz tego budynku wynajmuje administracya w willach mieszkania umeblowane z kuchniami lub bez nich, złożone z 1 do 10 pokoi, licząc za pokój od 25 do 60 rubli za cały sezon. Dla przyjezdnych służą dwa hotele. W ogóle jest do dyspozycyi 320 pokoi z wszelkiemi wygodami.

Do urządzeń lekarskich należą jeszcze kąpiele faliste i wyrabianie kefiru przez Tatarów, naumyślnie w tym celu do Ojcowa sprowadzonych.

Komunikacya kolejowa albo przez Olkusz na drodze żelaznej iwangrodzko-dąbrowskiej o 18, albo przez Kraków o 16 wiorst odległy.

— Odczytów klinicznych wydawanych przez redakcyę *Gazety lekarskiej* w Warszawie wyszedł zeszyt 76. i 77. obejmujący Determanna: Nerwice serca i naczyń w przekładzie E. Biernackiego.

— Rada państwa w Petersburgu zajmowała się temi czasy projektem założenia instytutu dla kształcenia kobiet na lekarki, oznaczyła wymagania od kandydatek i przedłożyła okres ich nauki z 4 do 5 lat. Instytut ten wszedłby w życie w roku 1897.

— Na posiedzenie Towarzystwa psychiatrów niemieckich mające odbyć się w Hamburgu 13. i 14. Września b. r. przyjdą pod rozprawy: 1) Znaczenie dyagnostyczne i prognostyczne objawu kolanowego w psychiatryi. Sprawozdawcą Dr. A. Cramer z Getyngi. 2) Obłęd pieniaczy pod względem nozologicznym i sądowo-lekarskim. Sprawozdawcą Dr. Koppen z Berlina. 3) O przemijających zboczeniach przytomności u epileptyków pod względem sądowo-lekarskim. Sprawozdawcą prof. Dr. Siemerling z Tybingi.

— Okólnikiem wydanym z datą 6. Maja b. r. poleca Namiestnictwo lwowskie władzom politycznym pierwszej instancyi donosić o każdej zmianie w służbie zdrowia w ich okręgu i czuwać na tem, aby lekarze osiedli w celu praktyki lekarskiej zgłaszali się celem wpisu do właściwej Izby lekarskiej.

W doniesieniu o osiedleniu się lekarza dla praktyki należy podać imię, nazwisko, wiek, datę dyplomu i posadę, którą zajmuje.

— Między rozmaitemi teoryami snu zasługuje na uwagę jedna, która sen wywodzi z obecności we krwi substancyi usypiającej układ nerwowy. Znany fizyolog W. Preyer przypisywał sen kwasowi mlekowemu powstałemu przez czynność mięśni a krążącemu we krwi. Inni jak Errera tłómaczyli sen obecnością we krwi pewnych toksyn, działających narkotycznie. Wychodząc ze zdania, że sen zimowy zwierząt ssących różni się od snu zwyczajnego tylko przez swe trwanie i głębokość, zajmował się prof. R. Dubois w Lugdunie oddawna badaniem krwi i wydzielin pogrążonych w śnie zimowym świstaków (czyli bobaków mieszkających, jak wiadomo powszechnie, także i w naszych Tatrach) i nie znalazł nigdy żadnych toksyn ani toksalbuminów, natomiast przekonał się o obecności we krwi znacznej ilości kwasu węglowego, co tłómaczy się powolnością krążenia i oddychania, obniżeniem się ciepłoty ciała i zagęszczeniem krwi. Ta zmiana krwi sama mogłaby wystarczyć do wytłómaczenia snu, do czego przybywa jeszcze wytwarzanie się acetonu z konsumcyi substancyj białkowatych tak, iż prawdopodobnie kwas węglowy i aceton sprowadzają ową narkozę czyli sen zimowy. Na poparcie tego zdania mogłaby służyć okoliczność, że aceton po wstrzyknięciu pod skórę wywołuje u świstaka odurzenie mające niejakie podobieństwo do snu zimowego.

— Według dat urzędowych było na zmarłych ogółem zmarłych na gruźlicę: w Warszawie 11824 i 2007 (blisko 17%), w Petersburgu 27597 i 4468, w Moskwie 27815 i 4153 (zatem również około 17%). Naodwrót w Odessie było 8205 i 755 (9%), w Rydze 4878 i 504 (nieco więcej niż 10%), w Niżnym Nowogrodzie 9861 i 361 (3·8%), w Kijowie 5407 i 617 (11%), w Astrachanie 4482 i 333 (nieco więcej niż 7%), w Archangielsku 627 i 25 (4%), w Paryżu w roku ubiegłym 48992 i 9568 czyli 19%.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 22. B. Motz: O wyskrobywaniu w przewlekłem zapaleniu pęcherza. J. Bruner i A. Zawadzki: Trzy nowe formy bakteryj wodnych. F. Neugebauer: Z kazuistyki przetok moczowych. — W *Medycynie* Nrze 22. S. Lalewicz: Kilka uwag o roli i zadaniu spółczesnej ekspertyzy sądowo-lekarskiej. S. Grosglik: Praktyczne zasady aseptycznego cewnikowania. W *Zdrowiu*, zeszycie majowym. O. Bujwid: Kilka słów o surowicy przeciwbłoniczej. A. Podolski: Higieniczny stan powiatu węgrowskiego w gubernii siedleckiej. Sterling: Badanie powietrza w sali 15. i 16. szpitala Dzieciątka Jezus, oraz sali wykładowej kliniki dyagnostycznej. W. Załeski: Statystyka ruchu ludności miasta Warszawy podczas okresu 12-letniego 1882—1893.

NADESŁANE.

Wody mineralne krynickie.

Zdrój główny: bardzo silna szczawa wapienno-żelezista, wskazana w *chlorosis*, *anaemia simplex*, *leukaemia*, *scrophulosis*, *rhachitis*, *neurasthenia praec. sexualis*, *enteritis c. diarrhoea chron.*, *enteritis follicularis*, *cystitis*, *pyelitis et nephritis chronica*.

Zdrój Słotwiński: silna szczawa magnowo-sodowo-żelezista, bardzo stosowna jako napój dyetetyczny u osób wątłych, niedokrewnych, nerwowych.

Dostać można we wszystkich składach wód mineralnych i większych aptekach w kraju i zagranicą. 121—6—2

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 5557. pr.

KONKURS.

Celem obsadzenia opróżnionej posady weterynarza powiatowego w randze XI-tej klasy z systemizowanemi dla niej poborami, ewentualnie jednej lub dwóch posad oglądaczy zwierząt i płodów zwierzęcych, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do 15. Czerwca 1895 r.

Kandydaci mają swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyi wymaganej rozporządzeniem ministeryalnem z dnia 21. Marca 1873 roku Nr. 37. Dz. ust. p. metryką urodzenia i dowód znajomości języków krajowych wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa a mianowicie kompetenci pozostający w służbie rządowej, w przepisanej drodze służbowej, inni zaś przez dotyczące c. k. Starostwo a we Lwowie i Krakowie przez c. k. Dyrekcyę policyi.

Z Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów dnia 22. Maja 1895.

130—1—1 ***Badeni.***

Dr. Andrzej Lorentski

ordynuje 131—4—1

od 4. Czerwca jak lat ubiegłych

W KRYNICY.

Dr. Kazimierz Kruszyński

ordynuje jak lat poprzednich

W SZCZAWNICY.

począwszy od 1. Czerwca b. r. 91—6—6

L. 608. 1895.

KONKURS.

Z powodu braku odpowiednich kandydatów rozpisuje się niniejszem ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego w Bohorodczanach.

Okręg sanitarny obejmuje 11 gmin, z ludnością 22911. Płaca roczna 500 złr. (1000 koron), zaś ryczałt na koszta podróży służbowych 318 złr. (636 koron) rocznie.

Kompetenci muszą w myśl §. 7. ustawy z dnia 2. Lutego 1891 nr. 17. dz. ust. kraj., prócz dostatecznej fizycznej zdatności, udowodnić się mającej świadectwem c. k. lekarza powiatowego, lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego, wykazać następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego z przedłożeniem metryki urodzenia.
2) Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3) Nieskazitelny charakter.
4) Znajomość języków krajowych.
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim. Pierwszeństwo mają ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada na razie prowizorycznie zostanie nadaną na rok jeden.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa, najdalej do 15. Czerwca 1895.

Bohorodczany, dnia 2. Maja 1895.

Józef Szeliński. *Prezes.*

126—3—2

C. F. Boehringer & Söhne, Waldhof bei Mannheim.

Dla niedokrewnych i ozdrowieńców!

FERRATYNA P. P. N. Nr. 72168.

Pastylki czekoladowe Z FERRATYNĄ

P. P. N. Nr. 70250. **Laktofenina** P. P. N. Nr. 70250.

Nowy środek przeciwgośćcowy i przeciw nerwobólom, o własnościach wybitnych, 10—24—1

zalecone jako specificum w durze brzusznym i t. d.

DR. F. CHŁAPOWSKI

ordynuje podczas sezonu kąpielowego 82—6—6

jak lat ubiegłych

w KISSINGEN.

Dr. Zdzisław Nieszkowski

przez długie lata lekarz zdrojowy w Szczawnicy, w r. b. od 10. Czerwca będzie ordynował

W KRYNICY

w domu zakładowym pod „Orłem“. 96—8—6

TRUSKAWIEC

w Galicyi wschodniej, ostatnia stacya kolejowa Drohobycz.

Zdroje słone, słono-gorzkie, siarczane, szczawa alkaliczna. Kąpiele słone, słono-siarczane, borowinowo-żelaziste.

Wspaniałe łazienki o 3 klasach dla kąpieli mineralnych, osobny budynek dla borowinowych.

Zakład inhalacyjny systemu Wassmutha.

Leczenie elektrycznością, mięsieniem. Tusze ze słodkiej wody, nastrzyki nosowe, mleko, żętyca.

Apteka i skład wód mineralnych w miejscu.

Wskazania: Zołzy, syfilis, dna, gościec, otyłość. Cierpienia przewlekłe nerek i pęcherza zwłaszcza kamyczki nerkowe. Nieżyty żołądka i kiszek zwłaszcza połączone z niedowładem. Nieżyty dróg oddechowych szczególnie rozedma płuc. Choroby kobiece, nerwowe zwłaszcza neuralgie i schias (rwa kulszowa), wreszcie chroniczne skórne.

Zakład rozporządza 300 pokojami zupełnie urządzonymi.

Kaplica katolicka, cerkiew ruska, kilka restauracyj, cukiernia, kasyno, biblioteka, 2 fortepiany, bilard, czytelnia, lavn-tennis. Kapela zakładowa, sklepy, fryzyer, cyrulik, dentysta.

Skwery ozdobne, parki — wycieczki, reuniony, zabawy towarzyskie. Poczta i telegraf w miejscu.

Ordynują lekarze zdrojowi: Radca Dr. **Aureli Plech**, i Dr. **Zenon Pelczar** oraz wolno praktykujący Dr. **Steynhaus** emeryt. c. k. fizyk.

Sezon rozpoczyna się 25. Maja. W I-szym sezonie do 1. Lipca i w III-cim od 15. Sierpnia do 25. Września mieszkania o 30% tańsze. Ubogich ze świadectwem ubóstwa uwzględnia się tylko w I-szym i III-cim sezonie. 104—6—4

Zamówienia przyjmuje i objaśnień udziela

Zarząd zdrojowy w miejscu.

Na żądanie przesyła się obszerną broszurkę o Truskawcu.

I-szy KONCESYONOWANY

Zakład krowiankowy

Prof. L. J. Kubickiego

polecony przez krak. Towarzystwo lekarskie, wyszczególniony złotym medalem na Wystawie krajowej Lwów. 1894., a pod dozorem władz sanitarnych rozsyła

KROWIANKĘ WYPRÓBOWANĄ,

zbieraną cztery razy w tygodniu

Cena fioli na 8 pustułek 1 korona oraz porto.

Lwów. — Ulica Batorego 7. 116—4—4

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Dra CHRAMCA

w Zakopanem w Tatrach polskich

otwarty cały rok.

Za 4 złr. dziennie dla jednej osoby pokój kompletnie urządzony z pościelą, bardzo dobry wikt, kąpiele, leczenie, usługa, słowem wszystko.

100—12—6

LUBIEŃ

Zakład kąpielowy wód siarczanych

w pobliżu Lwowa, Gródka i Szczerca

Lekarz zdrojowy **Dr. Paweł Radecki.** 129—3—1

Bilińska woda kwaśna!

najznakomitsza szczawa alkaliczna

w 10.000 cz.: węglanu sod. 33.6339, siarkanu sod. 7.1917, węglanu wapna 4.1050, chlorku sodowego 3.8146, siarkanu wapniowego 2.3196, węglanu magn. 1.7157, węglanu litr 0.1089, stałych części 53.3941, kwasu węglowego 47.5567. Temperatura 12·30° C.

Wypróbowane od najdawniejszych czasów źródła lecznicze dla chorób nerek, pęcherza, żołądka, podagry, nieżytu oskrzelowego, hemoroidów i t. d. Znakomity dyetetyczny napój

Zakład leczniczy Sauerbrunu

wody, kąpiele z komfortem urządzone, wanny, parówki, elektr. kąp., zakład wodoleczniczy kompletnie urządzony.

Lekarz zdrojowy: **Dr. Wilhelm v. Reuss.**

Zarząd zdrojowy

w Bilinie (Czechy). 12—18—8

Sanatoryum i Zakład wodoleczniczy

w ZUCKMANTEL

na Szląsku austryackim.

Hidroterapia. Gimnastyka lecznicza. Masaż. Elektroterapia Kąpiele elektryczne dwukomórkowe. Leczenie dyetetyczne i terenowe. Znakomite powietrze górskie i leśne. Nowo zbudowany, z komfortem urządzony dom mieszkalny z centralnem ogrzewaniem parą.

Ceny umiarkowane. Prospekty darmo i opłatnie.

Właściciel i lekarz kierujący

Dr. Ludwik Schweinburg,

81—10—5 długoletni pierwszy asystent Prof. Winternitza w Wiedniu i w Kaltenleutgeben.

Swoszowice pod Krakowem.

Zdrojowisko wód siarczanych,

przez największe powagi lekarskie polecane, siedm kilometrów od Krakowa oddalone, stacya kolei państwowej z najwygodniejszą komunikacyą (5 pociągów dziennie i 4 razy omnibusy zakładowe).

Mieszkania urządzone z komfortem i wszelkiemi wygodami po cenach nader przystępnych.

Restauracya wyborna i rozmaite uprzyjemnienia dla gości kąpielowych.

Kąpiele siarczane i mułowe ze zdrojów swoszowickich z najlepszym skutkiem bywają stosowane i zalecane **w gośćcu stawowym i miąższowym, w obrażeniach kości, w chorobach skóry i nerwów.** 90—8—4

Sezon trwa od 15. Maja do 15. Września.

Lekarz zakładowy *Dr. Tislowitz.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.